

Falldefinitionen für die Surveillance meldepflichtiger Infektionskrankheiten in Deutschland, Ausgabe 2007

Darstellung der Änderungen gegenüber der Ausgabe 2004

Das Robert Koch-Institut (RKI) hat gemäß § 4 (2) des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) die Aufgabe, entsprechend den jeweiligen epidemiologischen Erfordernissen die Kriterien (Falldefinitionen) für die Übermittlung eines Erkrankungs- oder Todesfalles und eines Nachweises von Krankheitserregern vom Gesundheitsamt an die Landesstellen und an das RKI zu erstellen. Nach Einführung des IfSG im Jahr 2001 und der ersten Ausgabe der Falldefinitionen wurden diese im Jahr 2004 überarbeitet, um der Entwicklung der Labormethoden und den Verbesserungsvorschlägen Rechnung zu tragen. Weiterhin wurden auf der Basis der Ergebnisse eines Ringversuches mit Fallbeispielen, an dem 396 Gesundheitsämter und alle Landesstellen teilnahmen, eine systematische Revision und Umstrukturierung der Falldefinitionen durchgeführt [1, 2]. Zum 1. 1. 2007 wird die dritte Ausgabe die bisher gültigen Falldefinitionen ablösen. Im Folgenden werden die wichtigsten Änderungen der Falldefinitionen erläutert. Die Unterüberschriften der Falldefinitionen (**■ Tabelle 1**) sind der Übersichtlichkeit halber fett gedruckt.

Grundlagen und Ziele der Überarbeitung der Falldefinitionen

Das RKI hat interne und externe Experten in die Überarbeitung der Falldefinitionen eingebunden, dazu gehören u. a. die Nationalen Referenzzentren, die Konsiliarlabore, die Beauftragten für den Infektionsschutz und die Epidemiologen der Bundesländer sowie Amtsärzte in Gesundheitsämtern. Weiterhin wurden gezielte Recherchen in der Fachliteratur und in den Falldefinitionen anderer nationaler sowie internationaler Einrichtungen durchgeführt. Durch die Überarbeitung der Falldefinitionen soll eine erreg器übergreifende Vereinheitlichung der Begriffe erreicht und die Falldefinitionen sollen dem neuesten Stand der Wissenschaft angepasst werden.

Änderungen der Übermittlungskategorien

Strukturänderungen

In **■ Tabelle 1** ist die Struktur für die Übermittlungskategorien (in der Regel ein übermittlungspflichtiger Erreger und die von ihm verursachte Krankheit) aufgelistet. Neu in die Übermittlungskate-

gorien aufgenommen wurde der Absatz Referenzdefinition. In der vereinfachten wöchentlichen aktuellen Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten im Epidemiologischen Bulletin wird – im Gegensatz z. B. zum Infektionsepidemiologischen Jahrbuch und zur Internet-Datenbank SurvStat – nicht nach Falldefinitionskategorien differenziert. Es werden nur Fälle aufgeführt, die der Referenzdefinition genügen. Die Referenzdefinition umfasst für die meisten gemäß §§ 6 und 7 IfSG meldepflichtigen Krankheiten und Erregernachweise die klinisch begründeten Kategorien „klinisch-labordiagnostisch bestätigt“ und „klinisch-epidemiologisch bestätigt“. Ausnahmen bilden das hämolytisch-urämische Syndrom (HUS), Hepatitis-Non-A-E, Masern, Tuberkulose, Poliomyelitis und Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) bzw. vCJK, bei denen auch das klinische Bild allein die Referenzdefinition erfüllt und die Übermittlungspflicht begründet.

Bei impfpräventablen Erkrankungen wird jeweils in der Zusatzinformation der Hinweis gegeben, dass stets Angaben zur Impfanamnese (Anzahl der vorangegangenen Impfungen, Art und Datum der letzten Impfung) erhoben (z. B. Impfbuchkontrolle) und übermittelt werden sollen.

Tabelle 1

Struktur der Falldefinitionen	
Struktur der Falldefinitionen	
Titel der Falldefinition	Erregerbezeichnung gefolgt von Krankheitsbezeichnung
Einordnung nach ICD 10	Internationale Krankheitsklassifikation ICD 10
Ausschlusskriterien	Kriterien, die zu einer Ablehnung bezüglich der Übermittlung eines Falles führen
Klinisches Bild	Klinische Symptome, Zeichen und Befunde, die je nach Übermittlungskategorie einzeln oder in Kombination auftreten müssen
Labordiagnostischer Nachweis – Art des Nachweises – Material	Direkte, indirekte und andere Nachweise, die als Kriterien für die Übermittlung zugelassen sind Direkter Erregernachweis oder indirekter (serologischer) Erregernachweis Sofern keine Angaben zum Material gemacht werden, ist jedes klinische Material für den entsprechenden Nachweis zulässig
Epidemiologische Bestätigung	Explizite Nennung der epidemiologischen Zusammenhänge und Expositionen, die als epidemiologische Bestätigung anerkannt werden; Nennung der Inkubationszeit
Zusatzinformation	Erregerspezifische Zusatzinformation und Hinweis auf zu ermittelnde Informationen (z. B. Impfanamnese)
Über die zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnder Fall	Nennung der Falldefinitions-kategorien, die übermittelt werden müssen. A. Klinisch diagnostizierte Erkrankung B. Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung C. Klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung D. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild E. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischen Bild
Referenzdefinition	Falldefinitions-kategorien, die der Referenzdefinition genügen. In der Regel die Falldefinitions-kategorien B und C, teilweise zusätzlich auch A
Gesetzliche Grundlage	Informationen zur gesetzliche Grundlage der Meldepflicht und der Übermittlungspflicht

Vereinheitlichungen

Die durchgeführten Vereinheitlichungen betreffen den durchgängigen Gebrauch von Abkürzungen, die im Anfangsteil der Falldefinitionen erklärt sind. Die unter der Rubrik Klinisches Bild aufgeführten Kriterien wurden soweit möglich erregerübergreifend vereinheitlicht.

Erregerspezifische Änderungen

Die Nummerierung der Erreger entspricht der Nummerierung in den Falldefinitionen. In der Übersicht werden nur Übermittlungskategorien aufgeführt, bei denen neben den erregerübergreifenden noch weitere Ergänzungen/Veränderungen durchgeführt wurden.

6 *Chlamydomphila psittaci* (Ornithose)

Aufgrund phylogenetischer Analysen wurde 1999 eine neue Einteilung der Chlamydien vorgenommen, aus der früheren Gattung *Chlamydia* wurden mit *Chlamydia* und *Chlamydomphila* 2 neue Gattungen

gebildet [3]. Die alte Artenbezeichnung *Chlamydia psittaci* wird nun aufgeteilt in *Chlamydomphila psittaci*, *Chlamydomphila abortus*, *Chlamydomphila caviae* und *Chlamydomphila felis*. Die neue Klassifizierung wurde in die Falldefinition aufgenommen. Eine *C.-psittaci*-Infektion gilt als gesichert, wenn der *C.-psittaci*-spezifische Mikroimmunfluoreszenztest (MIF) eingesetzt wurde. *Chlamydomphila*-Antikörpernachweise mittels Enzym Linked Immunosorbent Assay (ELISA) und Komplementbindungsreaktion (KBR) können nicht zwischen den einzelnen Chlamydi-arten differenzieren und bringen daher keine zusätzlichen Informationen [4]. Eine Kombination eines Screening-Tests (ELISA, KBR) und eines Bestätigungstest (MIF) wird daher in der Falldefinition nicht mehr gefordert. Bestand hingegen ein Kontakt mit potenziell infizierten Vögeln oder ihren Ausscheidungen, kann der labordiagnostische Nachweis mittels KBR geführt werden, wenn eine deutliche Änderung zwischen 2 Proben oder ein einmaliger deutlich erhöhter Wert vorliegt.

7b Variante CJK (vCJK)

Die Kriterien für das klinische Bild werden näher erläutert. Das Kriterium „Kein Hinweis auf eine iatrogene CJK“ (Kodierung: ID) im Abschnitt Vorgeschichte vereinbar mit vCJK wird erweitert durch den Zusatz „durch Exposition gegenüber humanen Hypophysenhormonen oder Dura mater“. Im Absatz Klinische Zeichen vereinbar mit vCJK wird im Punkt IIIA die Option „oder kein EEG“ gestrichen. Zu dem Begriff „sharp-wave-Komplexe“ wird eine zusätzliche Information gegeben: „Diese werden gelegentlich auch in späten Stadien einer vCJK beobachtet“ [5]. Im Abschnitt Epidemiologische Bestätigung werden die Beispiele für einen iatrogenen Kontakt mit potenziell kontaminierten klinischen Materialien geändert. In der Literatur gibt es Hinweise auf epidemiologische Zusammenhänge zwischen an vCJK erkrankten Patienten, die Blut oder Blutprodukte von einem später an vCJK erkrankten Spender erhalten haben. Zusammenhänge zwischen vCJK und Kornea- bzw. Duratransplantation konnten bisher nicht gezeigt werden [6, 7].

8 *Clostridium botulinum* (Botulismus)

Die Rubrik Klinisches Bild des lebensmittelbedingten Botulismus oder Wundbotulismus wurde durch das Kriterium Atemstörung ergänzt. Atemnot bis zur Beatmungspflichtigkeit kann bei 60% der Patienten mit Botulismus auftreten [8, 9].

12 Dengue-Virus (Dengue-Fieber – virales hämorrhagisches Fieber)

Die Darstellung der Kriterien des klinischen Bildes wurde geändert, um die Logik nachvollziehbarer zu machen.

13 Ebola-Virus (Ebola-Fieber – virales hämorrhagisches Fieber)

Ebola-Fieber kann als fieberhaftes Krankheitsbild auch ohne Zeichen eines hämorrhagischen Verlaufs auftreten [10]. Die Rubrik Klinisches Bild wurde dementsprechend umstrukturiert.

14a *Escherichia coli*, enterohämorrhagisch (EHEC-Erkrankung)

Der Labornachweis des Shigatoxins (Stx1 bzw. Stx2; syn. Verocytotoxin, VT) kann mittels ELISA in der *E.-coli*-Kultur statt in *E.-coli*-Isolat geführt werden. Die Einschränkung des Nachweises im *E.-coli*-Isolat entfällt, da die *E.-coli*-Selektion z. B. durch Mitomicin-Anreicherungskultur ausreichend ist. Die Inkubationszeit wurde entsprechend den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen geändert [11].

14b *Escherichia coli*, sonstige darm-pathogene Stämme (*E.-coli*-Enteritis)

Die Labormethoden, die in der Kriterienliste Labordiagnostischer Nachweis aufgeführt werden, wurden durch den Virulenzfaktornachweis ergänzt [12].

16 FSME-Virus (Frühsommer-Meningoenzephalitis, FSME)

Der simultane IgM- und IgG-Antikörpernachweis im Liquor wird als Laborbestätigung einer FSME-Infektion anerkannt [13]. Dies wurde bereits bei den seit 2004

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2006 · 49:1189–1194
DOI 10.1007/s00103-006-0088-3
© Springer Medizin Verlag 2006

G. Poggensee · J. Benzler · T. Eckmanns · Gérard Krause und die Mitarbeiter der Abteilung für Infektionsepidemiologie

Falldefinitionen für die Surveillance meldepflichtiger Infektionskrankheiten in Deutschland, Ausgabe 2007. Darstellung der Änderungen gegenüber der Ausgabe 2004

Zusammenfassung

Zum 1. 1. 2007 lösen die neuen Falldefinitionen des Robert Koch-Instituts, die die Kriterien für die Übermittlung meldepflichtiger Infektionskrankheiten vom Gesundheitsamt an die zuständige Landesbehörde und von dort an das RKI festlegen, die im Jahr 2004 eingeführten Falldefinitionen ab. Durch die Überarbeitung wurden die Falldefinitionen an die neuesten labor-diagnostischen Entwicklungen angepasst, weiterhin wurden die Kriterien der einzelnen Übermittlungskategorien erregereübergreifend vereinheitlicht und gegebenenfalls umstrukturiert und erweitert. In der neuen Version werden Hinweise gegeben, welche zusätzliche Informationen

(z.B. Impfanamnese) erhoben werden sollen. Neu eingeführt wurde für jede Übermittlungskategorie die Rubrik „Referenzdefinition“, in der erläutert wird, welche Fälle für vereinfachte statistische Darstellungen des Robert Koch-Instituts gezählt werden. In dem vorliegenden Beitrag werden die wichtigsten Änderungen der einzelnen Übermittlungskategorien erläutert.

Schlüsselwörter

Falldefinitionen · Surveillance von Infektionskrankheiten · Übermittlung Infektionsschutzgesetz

On the 2007 edition of case definitions for the surveillance of notifiable infectious diseases in Germany

Abstract

The revised case definitions established by the Robert Koch Institute will become effective on 1 January 2007. The case definitions provide criteria for the reporting of mandatory notifiable infectious diseases according to the German infectious disease control act. The new case definitions take into account recent developments in laboratory methods. Furthermore in the new edition the criteria were updated and clarified if necessary. For each case definition

a paragraph 'reference definition' is introduced and explained. If applicable additional information (e.g., vaccination history) to be reported was added. In this article, the major changes of the revised case definitions are described.

Keywords

case definitions · public health surveillance · infectious disease reporting · Infectious Disease Control Act

übermittelten Fällen so gehandhabt. Die Ärzteschaft wurde durch einen Artikel im Deutschen Ärzteblatt über die notwendige Spezifizierung der Falldefinition informiert [14]. Die Komplementbindungsreaktion (KBR) wird nicht mehr als akkreditierbare Methode zur Diagnose der FSME anerkannt und wird daher als Nachweismethode in der Falldefinition gestrichen [15].

17 Gelbfiebertivirus (Gelbfieber – virales hämorrhagisches Fieber)

Gelbfieber kann als fieberhaftes Krankheitsbild auch ohne Zeichen eines hämorrhagischen Verlaufs auftreten [10]. Die Rubrik Klinisches Bild wurde dementsprechend umstrukturiert.

18 *Giardia lamblia* (Giardiasis)

Als Nachweismethode wird der direkte Erregernachweis durch histologische Untersuchungen der Darmschleimhaut in die Rubrik Labordiagnostischer Nachweis aufgenommen. Trophozoiten können durch histologische Untersuchungen nachgewiesen werden [16, 17].

19 *Haemophilus influenzae* (*Haemophilus-influenzae*-Meningitis oder -Sepsis)

Die Rubrik Klinisches Bild wurde durch 2 Kriterien ergänzt: Endo-, Myo- oder Perikarditis (Herzinnenwand-, -muskel oder -beutelentzündung) und Sinusitis (Nasennebenhöhlenentzündung). Myokarditis und (Pan-)Sinusitis waren Befunde, die bei der *Haemophilus-influenzae*-Erhebung im Rahmen des Labormeldesystems für invasive bakterielle Infektionen im Kindesalter (1998–2004) gemeldet wurden (Myokarditis: n=1; Sinusitis: n=17).

20 Hanta-Virus (Hantavirus-Erkrankung – virales hämorrhagisches Fieber)

In der letzten Version der Falldefinitionen mussten Fieber und mindestens 2 von 10 weiteren Kriterien vorliegen, damit sie erfüllt waren. Bei mehr als zwei Drittel der in Deutschland gemeldeten Fälle wurden in den Jahren 2004 und 2005 Nierenfunktionsstörungen, das Leitsymptom der Han-

tavirus-Erkrankung, berichtet, ohne dass in allen Fällen Fieber vorlag. Die Kriterien des klinischen Bildes wurden umstrukturiert, sodass das klinische Bild allein durch das Vorliegen von Nierenfunktionsstörungen oder Fieber oder 2 von weiteren neun Kriterien erfüllt sein kann.

22 Hepatitis-B-Virus (HBV – akute Virushepatitis)

Als Bestätigungstest für den direkten Erregernachweis im Serum durch den HBs-Antigennachweis (z. B. ELISA) kann neben einem Zusatztest (z. B. HBsAg-Neutralisationstest) auch der HBc-Antikörpernachweis [indirekter (serologischer) Nachweis, z. B. HBc-Gesamt-Antikörpernachweis] herangezogen werden.

23 Hepatitis-C-Virus (HCV – Virushepatitis C)

Die Struktur der Rubrik Labordiagnostischer Nachweis wurde geändert, um deutlich zu machen, dass aufgrund der Persistenz mütterlicher Antikörper der indirekte serologische Erregernachweis für Kinder, die jünger als 18 Monate sind, nicht zulässig ist.

27 Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS), enteropathisch

Die Inkubationszeit wurde entsprechend den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen geändert [11].

28 Influenzavirus (Influenza A, B oder C)

Die Einschränkung des Untersuchungsmaterials auf Materialien des oberen oder unteren Respirationstraktes für den direkten Erregernachweis wurde aufgehoben. Direkte Erregernachweise werden typischerweise in klinischen Materialien des oberen Respirationstraktes (z. B. Nasen- oder Rachenabstriche) durchgeführt, jedoch gelten auch direkte Erregernachweise aus anderen klinischen Materialien (z. B. Liquor, Myokardgewebe) als labordiagnostischer Nachweis. Zur Klarstellung des labordiagnostischen Nachweises einer Infektion mittels Virusisolierung wurde der Zusatz „einschließlich Schnellkultur“ eingefügt.

29 Lassa-Virus (Lassa-Fieber – virales hämorrhagisches Fieber)

Lassa-Fieber kann als fieberhaftes Krankheitsbild auch ohne Zeichen eines hämorrhagischen Verlaufs auftreten [10]. Die Rubrik Klinisches Bild wurde dementsprechend umstrukturiert.

30 *Legionella* spp. (Legionellose)

Die Übermittlung von Infektionen mit *Legionella* spp. bei bekanntem klinischen Bild wird auf die Legionellose mit Pneumonie (Legionärskrankheit) eingeschränkt, das Pontiac-Fieber wird nicht mehr erfasst. Dies geschieht in Anlehnung an die europäischen Falldefinitionen. Pontiac-Fieber und Legionärskrankheit sind 2 klinisch und epidemiologisch unterschiedliche Manifestationen der Legionellose. Pontiac-Fieber ist eine selbst limitierende, fieberhafte Infektion, die nicht mit einer Pneumonie einhergeht [18].

31 *Leptospira interrogans* (Leptospirose)

Der direkte Erregernachweis mittels Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR) wurde als neue Methode aufgenommen, um der Weiterentwicklung der labordiagnostischen Methoden Rechnung zu tragen.

32 *Listeria monocytogenes* (Listerose)

Bei der Neugeborenenlisteriose und der Schwangerschaftslisteriose ist neben dem Erregernachweis aus Abstrichen vom Fetus, Tot- oder Neugeborenen auch ein Erregernachweis aus Abstrichen von mütterlichem Gewebe (Plazenta, Uterus, Zervix) zulässig. Bei ca. 10 % der gemäß IfSG seit 2001 an das RKI übermittelten Fälle von schwangerschaftsbedingter Listeriose beruhte der Nachweis einer Infektion auf einem Abstrich aus mütterlichem Gewebe.

33 Marburg-Virus (Marburg-Fieber – virales hämorrhagisches Fieber)

Marburg-Fieber kann als fieberhaftes Krankheitsbild auch ohne Zeichen eines hämorrhagischen Verlaufs auftreten [10].

Die Rubrik Klinisches Bild wurde dementsprechend umstrukturiert.

34 Masernvirus (Masern)

Die Komplementbindungsreaktion (KBR) wird nicht mehr als akkreditierbare Methode zur Diagnose der Masern anerkannt und wird daher als Nachweismethode in der Falldefinition gestrichen [19].

37 *Neisseria meningitidis* (invasive Meningokokken-Erkrankung)

Das klinische Bild wurde umstrukturiert, und 2 zusätzliche Kriterien für Purpura fulminans (einschließlich Waterhouse-Friderichsen-Syndrom) wurden definiert, diese sind jedoch nur als Information zu verstehen.

43 *Salmonella paratyphi A, B oder C* (Paratyphus)

Das Kriterium „relative Bradykardie (Pulsverlangsamung gegenüber dem Erwartungswert angesichts des Fiebers)“ wurde gestrichen, da für die Erfüllung der Falldefinition bereits Fieber ausreicht. In den Erläuterungen der Rubrik Gesetzliche Grundlage zur Meldepflicht von Paratyphus gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe n IfSG sowie gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 39 IfSG wurde der Zusatz „soweit sie [die Nachweise] auf eine akute Infektion hinweisen“ gestrichen, da die Einschränkung auf eine akute Infektion im IfSG ausdrücklich nicht gemacht wird.

Weiterhin werden zusätzliche Informationen zum Labornachweis gegeben. Der enteritische Pathovar von *S. paratyphi B* (früher *S. Java*) sollte in der Übermittlungskategorie *Salmonella* spp., außer *S. typhi* oder *S. paratyphi* (Salmonellose) übermittelt werden, da es anders als das systemische Pathovar von *S. paratyphi B*, in der Regel nicht das klinische Bild eines Paratyphus hervorruft. Diese Erläuterung wurde aufgrund einer Änderung des Kaufmann-White-Schemas und der daraus resultierenden Unsicherheit bei der Einordnung der früheren *S. Java* notwendig [20].

44 *Salmonella typhi* (Typhus abdominalis)

Das Kriterium „relative Bradykardie (Pulsverlangsamung gegenüber dem Erwartungswert angesichts des Fiebers)“ wurde gestrichen, da für die Erfüllung der Falldefinition bereits Fieber ausreicht. Die Inkubationszeit wurde entsprechend den aktuellen Publikationen geändert [10]. In den Erläuterungen der Rubrik Gesetzliche Grundlage zur Meldepflicht von Typhus gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe n IfSG und § 7 Abs. 1 Nr. 40 IfSG wurde der Zusatz „soweit sie [die Nachweise] auf eine akute Infektion hinweisen“ gestrichen, da die Einschränkung auf eine akute Infektion im IfSG ausdrücklich nicht gemacht wird.

45 *Salmonella* spp., außer *S. typhi* oder *S. paratyphi* (Salmonellose)

Zur Präzisierung wurde ein Absatz zu Ausschlusskriterien eingefügt.

50 *Yersinia pestis* (Pest)

Das klinische Bild wurde ergänzt durch das Symptom „Rachenentzündung (Pharyngitis)“. Die pharyngeale Pest ist eine seltene Form der Pest, die durch Ingestion oder Inhalation der Erreger verursacht wird [21].

51 Andere Erreger hämorrhagischer Fieber

Die ICD10-Kodierung wurde ergänzt durch „A98.8 Sonstige näher bezeichnete hämorrhagische Viruskrankheiten“ und „A99 Nicht näher bezeichnete hämorrhagische Viruskrankheiten“. Die Ausschlusskriterien für die Übermittlung anderer Erreger hämorrhagischer Fieber, d. h. das Vorliegen eines spezifisch übermittlungspflichtigen Erregers eines hämorrhagischen Fiebers, sind jetzt – entsprechend der Struktur der Falldefinitionen – erregerspezifisch angegeben.

Virale hämorrhagische Fieber können als fieberhaftes Krankheitsbild auch ohne Zeichen eines hämorrhagischen Verlaufs auftreten [10]. Die Rubrik Klinisches Bild wurde dementsprechend umstrukturiert.

Hilfestellung beim Umgang mit den Falldefinitionen

Da für zahlreiche Übermittlungskategorien Änderungen durchgeführt wurden, empfiehlt es sich, in der Einführungsphase der neuen Falldefinitionen die Kriterien bei jedem zu übermittelnden Fall heranzuziehen. Je genauer die Falldefinitionen auf der Gesundheitsamtebene befolgt werden, desto seltener sind Rückfragen seitens der Landesstellen oder des Robert Koch-Instituts (RKI) notwendig. Auf der Homepage des RKI ist eine Ausgabe der Falldefinitionen mit Randnotizen eingestellt, in der für alle Rubriken der Übermittlungskategorien die Änderungen gegenüber der Ausgabe 2004 aufgelistet sind, sodass Änderungen schnell und leicht nachvollziehbar sind (<http://www.rki.de> > Infektionsschutz > Infektionsschutzgesetz > Falldefinitionen). Darüber hinaus wird den Gesundheitsämtern ein Laborposter zur Verfügung gestellt, auf dem die für die einzelnen Übermittlungskategorien zugelassenen Untersuchungsmethoden und Materialien zusammengefasst sind.

Für konkrete Fragen und Hilfestellungen bei der Interpretation der Falldefinitionen stehen die zuständigen Stellen der Bundesländer zur Verfügung. Zusätzlich bietet die IfSG-Hotline des RKI unter Tel. 030 - 18754-4636 bzw. ifsg@rki.de Unterstützung an.

Danksagung

An der Überarbeitung der Falldefinitionen haben zahlreiche Experten innerhalb und außerhalb des RKI mitgewirkt, die hier nicht alle namentlich genannt sind, denen aber an dieser Stelle ausdrücklich gedankt wird.

Korrespondierender Autor

PD Dr. Gabriele Poggensee

Abteilung für Infektionsepidemiologie
Robert Koch-Institut
Postfach 650261
13302 Berlin, BRD
E-Mail: poggensee@rki.de

Literatur

1. Benzler J, Krause G und die Mitarbeiter der Abt. für Infektionsepidemiologie (2004) Zur Ausgabe 2004 der Falldefinitionen für die Surveillance meldepflichtiger Infektionskrankheiten in Deutschland. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 47:141–146
2. Krause G, Brodhun B, Altmann D et al. (2006) Reliability of case definitions for public health surveillance assessed by Round-Robin test methodology. BMC Public Health 6:129
3. Everett KD, Bush RM, Andersen AA (1999) Emended description of the order Chlamydiales, proposal of Parachlamydiaceae fam. nov. and Simkaniaceae fam. nov., each containing one monotypic genus, revised taxonomy of the family Chlamydiaceae, including a new genus and five new species, and standards for the identification of organisms. Int J Syst Bacteriol 49(Pt 2):415–440
4. Burkhardt O, Straube E, Welte I (2003) Clinical picture, diagnosis and treatment of Chlamydia pneumoniae. Pneumologie 57:449–458
5. Yamada M (2006) The first Japanese case of variant Creutzfeldt-Jakob disease showing periodic electroencephalogram. Lancet 367:874
6. Peden AH, Head MW, Ritchie DL et al (2004) Preclinical vCJD after blood transfusion in a PRNP codon 129 heterozygous patient. Lancet 364:527–529
7. Eurosurveillance Editorial Team (2006) New case of transfusion-associated vCJD in the United Kingdom. Eurosurveillance Weekly 11(2)
8. Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2005) Botulismus. In: Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/030-109.htm>
9. Tacket CO, Rogawski MA (1989) Botulism. In: Simpson LL (ed) Botulinum neurotoxin and tetanus toxin. Academic Press, San Diego, pp 351–378
10. Simpson DIH (1996) Viral haemorrhagic fevers (VHF). In: Cook GC (ed) Manson's tropical diseases. Saunders, London, pp 629–647
11. Heyman DL (2004) Control of communicable diseases manual. American Public Health Association, Washington
12. Donnerberg MS (2005) Enterobacteriaceae. In: Mandell Douglas (ed) Bennett's principles and practice of infectious diseases. Elsevier, Philadelphia, pp 2567–2586
13. Robert Koch-Institut (2005) FSME: Risikogebiete in Deutschland. Epidemiol Bull 16:137–140
14. Kaiser R (2004) Frühsommer-Meningoenzephalitis – Prognose für Kinder und Jugendliche günstiger als für Erwachsene. Dtsch Arztebl 101: A2260–A2264
15. Instand e.V. (2006a) Ringversuch Virusimmunologie FSME (Frühsommer Meningoenzephalitis Virus), Gruppe 358, Mai/Juni 2006. Gesellschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in Medizinischen Laboratorium e.V. in Zusammenarbeit mit der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung von Viruskrankheiten (DVV), Gesellschaft für Virologie (GfV) und Deutsche Gesellschaft für Mikrobiologie (DGHM), http://www.instand-ev.de/U_Vir/rv-622/358.pdf
16. Farthing MJG, Cevallos AM, Kelly P (2002) Intestinal protozoa. In: Cook GC (ed) Manson's tropical diseases, Saunders, London, pp 1255–1298
17. Zeitz HM (2002) Zur Diagnostik von Giardia (Lambliä)- und von Kryptosporidien-Infektionen. J Lab Med 26:379–383
18. Edelstein PH, Cianciotto NP (2005) Legionella. In: Mandell Douglas (ed) Bennett's principles and practice of infectious diseases. Elsevier, Philadelphia, pp 2711–2724
19. Instand e.V. (2006b) Ringversuch Virusimmunologie Masern, Gruppe 357, Mai/Juni 2006. Gesellschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in Medizinischen Laboratorium e.V. in Zusammenarbeit mit der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung von Viruskrankheiten (DVV), Gesellschaft für Virologie (GfV) und Deutsche Gesellschaft für Mikrobiologie (DGHM), http://www.instand-ev.de/U_Vir/rv-622/357.pdf
20. Prager R, Rabsch W, Streckel W et al (2003) Molecular properties of Salmonella enteritica Serotype Paratyphi B distinguish between its systemic and its enteric pathovars. J Clin Microbiol 41: 4270–4278
21. Smith MD, Thanh ND (1996) Plague. In: Cook GC (ed) Manson's tropical diseases, Saunders, London, pp 918–924

Früherkennung des Retinopathierisikos bei Diabetikern

Jedes Jahr erkranken rund 6000 Diabetiker an einer Retinopathie. Bei einigen Patienten verläuft das Augenleiden besonders aggressiv. Wissenschaftler der Universität Bonn konnten zeigen, dass dies sehr stark mit der genetisch verankerten Fähigkeit des Körpers zusammenhängt, mit Blutzuckerschwankungen umzugehen. Diese Blutzuckerschwankungen stellen für den Körper eine Stressreaktion dar, auf die er mit der Ausschüttung einer Reihe von Proteinen antwortet. Einige Menschen reagieren bereits auf eine geringe Abweichung des Blutzuckers mit einer Konzentrationsänderung dieser Proteine im Blut. Die Forscher entwickelten nun einen Test, mit dem vor dem Auftreten der Retinopathie die Spiegel von sieben Proteinen im Blut bestimmt werden können. Sind die Werte charakteristisch erhöht, besteht ein gesteigertes Risiko, später ein Netzhautleiden zu entwickeln. Der Test bietet die Möglichkeit frühzeitig entsprechende Präventionsmaßnahmen und regelmäßige Kontrolluntersuchungen einzuleiten.

Mehr Informationen finden Sie im Originalbeitrag:

Kapalla M et al. (2005) Combined analysis of biochemical parameters in serum and differential gene expression in circulating leukocytes may serve as an ex vivo monitoring system to estimate risk factors for complications in Diabetes mellitus. Amino Acids 28:221–227

Quelle: Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, www.uni-bonn.de